

## РИЗИК ВТРИМАННЯ КОНТРОЛЮ АТОПІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Тарнавська С.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Вступ. Досягнення та втримання контролю над бронхіальною астмою (БА) є головною метою сучасної алергології. Проте, незважаючи на ґрунтовні дослідження у даній галузі, ефективність сучасної терапії atopічної БА сягає лише 60-80%, що зумовлює подальший пошук контролюваної терапії з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів

Мета роботи. Оцінити ефективність контролової протизапальної терапії інгаляційними глюкокортикостероїдами у дітей, хворих на atopічну БА, залежно від ацетиляторного поліморфізму.

Матеріали і методи дослідження. Проведено комплексне обстеження 51 дитини, які хворіють на atopічну БА. Усім дітям визначали генетичний маркер – характер ацетилювання за методом В.М. Пребстинг – В.І. Гаврилова у модифікації Тимофєєвої. Сформовано 2 групи: I група – 30 дітей з повільним характером ацетилювання (середній вік – 13,8±0,4 року, частка хлопчиків – 61,7%), II група – 21 пацієнт з фенотипом швидкого «ацетилятора» (середній вік – 12,7±0,4 року ( $p>0,05$ ); частка хлопчиків – 65,7% ( $p>0,05$ )). За основними клінічними ознаками групи спостереження були зіставленими. Оцінку контролю БА (наявність денних та нічних симптомів захворювання, частоти використання швидкодіючих  $\beta_2$ -агоністів, стаціонарного лікування, загострень, а також обмеження фізичної активності дитини та частоти позапланових візитів до алерголога) і інструментальну оцінку ступеня контролю астми (оцінки ОФВ1 і ПОШВ видиху до та після тривалої (більше 3 місяців) курсу протизапальної терапії виключно інгаляційними глюкокортикостероїдами (ІГКС) у обстежених дітей проводили згідно з рекомендаціями міжнародного консенсусу GINA-2015. Ефективність контролової терапії БА в клінічних групах порівняння оцінювалася в балах, при цьому зменшення суми балів свідчило про ефективність цієї терапії, а збільшення – про зниження рівня контролю БА.

Результати дослідження. Аналіз отриманих даних показав, що за

клінічними та спірографічними даними оцінка вихідного рівня контролю захворювання у пацієнтів обох груп спостереження практично співпадала. Водночас, виразніший ефект тривалої базисної терапії (понад 3 міс.) ІГКС відзначено у пацієнтів з швидким ацетиляторним статусом. Так, більше 13 балів за оціночною шкалою зареєстровано у половини (50,0%) пацієнтів II групи та лише у кожній п'ятій дитини (18,2%,  $P_f < 0,05$ ) I клінічної групи. Недостатній рівень контролю БА з повільним характером ацетилювання пояснювався збереженням денних та нічних симптомів захворювання, які вимагали додаткового (майже через день) використання  $\beta_2$ -агоністів короткої дії. Так, на тлі застосування ІГКС необхідність додаткового застосування сальбутамолу (більше чотирьох разів на тиждень) виникала у 35% дітей I клінічної групи та лише у 18,2% пацієнтів групи порівняння ( $P_f < 0,05$ ). Недостатній контроль БА за наявності повільного ацетиляторного статусу, асоціював із обмеженням фізичної активності дітей і виникненням загострень більше трьох разів на рік.

Показники ризику втримання задовільного рівня клінічного контролю atopічної астми (сума балів < 12) при застосуванні ІГКС за наявності повільного ацетиляторного статусу дорівнювали: відносний ризик – 1,8 (95% ДІ: 0,9-3,9) при співвідношенні шансів – 2,8 (95% ДІ: 1,4-4,9). Натомість показники ризику досягнення відповідного рівня контролю в хворих із швидким ацетиляторним поліморфізмом були вищими та дорівнювали: ВР – 3,2 (95% ДІ: 1,6-6,5) при СШ – 12,3 (95% ДІ: 6,3-24,1).

Висновки. У дітей, хворих на atopічну БА, наявність швидкого ацетиляторного фенотипу підвищувала шанси втримання контролю над захворюванням за допомогою інгаляційних глюкокортикостероїдів у 12,3 рази.

## ОСОБЛИВОСТІ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ КРОВІ

Тарнавська С.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Вступ. Незважаючи на суперечливі дані щодо взаємозв'язків бронхіальної гіперреактивності із тяжкістю бронхіальної астми (БА) в дітей,

оцінка показників бронхоспастичної реакції на дозоване фізичне навантаження з урахуванням запальних патернів крові дозволить індивідуалізовано підходити до вибору обсягу базисного лікування пацієнтів для досягнення контролю над захворюванням.

Мета роботи. З метою оптимізації комплексного лікування дітей, хворих на БА, ретроспективно дослідити показники бронхоспастичної реакції до непрямих стимулів залежно від запальних патернів крові.

Матеріал і методи. Проведене комплексне обстеження 120 дітей, хворих на БА. Залежно від вмісту гранулоцитів крові сформовані чотири клінічні групи. Першу (I) групу становили 34 дитини, які хворіють на БА із гіпогранулоцитарним патерном запалення (вміст еозинофілів крові < 250 клітин/мм<sup>3</sup> та нейтрофілів < 5000 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 13,7±2,6 року, частка хлопчиків – 64,7%). До II групи увійшли 60 дітей, хворих на БА, з переважно еозинофільним патерном периферичної крові (вміст еозинофілів ≥250 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 12,8±2,9 року, частка хлопчиків – 70,0%), до III групи увійшли 14 хворих із нейтрофільним патерном (вміст нейтрофілів ≥5000 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 12,6±2,7 року, частка хлопчиків – 64,3%), до IV групи увійшли 12 пацієнтів із гіпергранулоцитарним патерном запальної відповіді (вміст еозинофілів крові ≥ 250 клітин/мм<sup>3</sup> та нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 14,9±1,9 року; частка хлопчиків – 58,3%). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставленими. Оцінку бронхоспастичної реакції на дозоване фізичне навантаження (ДФН) визначали згідно з існуючими рекомендаціями та обчислювали наступним чином: Індекс бронхоспазму (ІБС) = ((ОФВ<sub>1</sub> вих. – ОФВ<sub>1</sub> після ДФН) / ОФВ<sub>1</sub> вих.) × 100%.

Результати дослідження. Оцінка бронхоспастичної реакції у відповідь на ДФН показала, що в пацієнтів I, II, III та IV клінічних груп ІБС дорівнював 6,1±0,7%, 11,0±0,6%, 16,4±1,2% та 18,8±1,3% (р I,II:IV<0,05) відповідно. Згідно отриманих даних найвиразніша реакція на фізичне навантаження виявилася у хворих із гіпергранулоцитарним запальним патерном крові, що від двох до трьох разів перевищувала відповідні показники у представників I та II груп. Проведений подальший аналіз показав, що виразну бронхоспастичну реакцію ІБС>10% реєстрували у 21,9%, 43,7%, 57,2% та 55,5% представників I, II, III та IV клінічних груп відповідно. Таким чином, тенденція до виразнішого бронхоспазму на ДФН спостерігалась у пацієнтів із нейтрофільним і гіпергранулоцитарним запальними патернами крові.

Водночас виразний бронхоспазм (ІБС>20,0%) майже вдвічі частіше

траплявся у дітей із нейтрофільним запальним патерном крові. Так, показники ІБС>20% у хворих I, II, III та IV груп спостереження визначались у 3,4%, 20,0%, 42,9%, 36,3% (р I,II:III <0,05) випадків відповідно. Показники ризику реєстрації виразного бронхоспазму (ІБС >20,0%) за наявності нейтрофільного запального патерну крові порівняно до гіпогранулоцитарного фенотипу дорівнювали: відносний ризик (ВР) – 2,5 (95% ДІ: 0,8-7,3) при співвідношенні шансів (СШ) – 21,3 (95% ДІ: 6,7-67,5), порівняно до еозинофільного фенотипу: ВР – 1,6 (95% ДІ: 1,1-2,6) при СШ – 3,0 (95% ДІ: 1,6-5,6).

Висновки. Наявність нейтрофільного запального патерну крові в дітей, хворих на бронхіальну астму підвищували шанси розвитку виразного бронхоспазму у 3,0-21,3 рази у відповідь на дозоване фізичне навантаження, що вимагає індивідуального профілактичного підходу до складання плану протизапальної терапії.

УДК: 616.24-002-07-085.33:615.015.8

## ПРОБЛЕМА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНОСТІ ОКРЕМИХ ЗБУДНИКІВ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ

Ткач С.П., Каньовська Л.В., Каушанська О.В.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Актуальність. Проблема поширення антибіотикорезистентності серед збудників пневмонії набуває з кожним роком все більшої актуальності. Лікарі різних спеціальностей, зокрема терапевти, пульмонологи, сімейні лікарі все частіше зустрічаються з терапевтичними «невдачами» при призначенні схем антибіотикотерапії пневмонії відповідно до затверджених протоколів та стандартів діагностики і лікування. Широке поширення пеніцилінрезистентних пневмококів, збудників родини ентеробактерій, що продукують беталактамази розширеного спектру, метицилінрезистентних стафілококів, призводять до необхідності пошуку нових дороговартісних антибактеріальних препаратів для лікування негоспітальних пневмоній (НП). Ефективна антибактеріальна терапія НП неможлива без моніторингу етіологічної структури збудників та їх чутливості до антибактеріальних засобів. Етіологічна діагностика пневмоній у 50-70% хворих ускладнена через низьку інформативність та